

# ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

Корж Н.А., Барыш А.Е., Долуда Я.А.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины», г. Харьков

**Введение.** Компрессионно-флексионные (CF) и вертикально-компрессионные (VC) субаксиальные повреждения шейного отдела позвоночника (ШОП) встречаются в 30-40% случаев. При ошибочной трактовке данных обследования или неправильном выборе лечебной тактики они являются причиной формирования травматической кифотической деформации (ТКД) со стойкой клинической симптоматикой. Отсутствие однозначной тактики хирургического лечения таких пациентов на сегодняшний день послужило основанием для проведения данного исследования.

**Цель работы** – уточнить особенности клинической симптоматики ТКД ШОП после его компрессионных повреждений и провести анализ результатов хирургического их лечения по разработанным технологиям.

**Материал и методы.** Материалом исследования стали 46 пациентов с ТКД ШОП после CF и VC субаксиальных повреждений. Клиническую симптоматику оценивали в соответствии с разработанной в институте методикой. Величину ТКД оценивали по трехступенной классификации, где группа I - величина деформации до 12°; группа II - 12°-20°; III группа - более 20°. У всех больных прослежены ближайшие и отдаленные результаты лечения, клинические аспекты которых оценивали в соответствии с критериями Odom и ASIA\IMSOP, динамику болевого синдрома - по ВАШ.

**Результаты и их обсуждение.** Деформация ШОП в результате CF повреждений имела место у 34 пациентов, а в результате VC – у 12 пациентов. Доля несвежих и застарелых CF ТКД составила 88% с величиной деформации более 12° (97%), при VC – 83% с величиной деформации более 12° (33%). Неврологические нарушения при CF ТКД имели место у 17 (50%) пациентов, из них грубые проводниковые расстройства в виде цервикальной миелопатии различной степени выраженности отмечали у 12 (35%), нарушение функции тазовых органов - у 4 (11,7%) пациентов, синдром Броун-Секара - у 1 (2,9%) пациента, синдром вертебробазиллярной недостаточности - у 3 (8,8%), а радикулопатия - у 5 (15%) пациентов. При VC ТКД неврологические нарушения имели место у 9 (75%) пациентов, из них цервикальная миелопатия у 5 (41%) пациентов, нарушение функции тазовых органов у 4 (33%) пациентов. Болевой синдром различной степени выраженности в ШОП при CF ТКД имел место у 29 (85,3%) пациентов, при VC ТКД – у 100% пациентов различной степени интенсивности с преобладанием выраженного болевого синдрома у 11 (91,6%) пациентов. Функция ШОП была нарушена у 39 (84,7%) пациентов. Такие ТКД сочетались с повреждением верхнешейного отдела позвоночника у 5 (10%) пациентов. При CF ТКД выполняли передний межтеловой спондилодез 32 (94,4%) пациентам и комбинированный передне-задний спондилодез 2 (5,6%) пациентам. При VC ТКД после адекватной декомпрессии нервных структур выполняли передний межтеловой спондилодез с применением алюмооксидной керамики или цилиндрических сетчатых имплантатов, заполненных алюмооксидной керамикой, с дополнительной вентральной фиксацией пластиной. У 94,2% оперированных пациентов имела место нормализация сегментарного шейного сагиттального контура, у 25,5% пациентов в связи с ригидностью деформации устранить её не удалось. В таких случаях проводили адекватную декомпрессию нервных структур и заполнение ятрогенного дефекта по разработанным нами технологиям. В послеоперационном периоде отмечали снижение интенсивности болевого синдрома, нормализацию функции ШОП и регресс неврологической симптоматики различной степени выраженности у 97,1% пациентов. Сращение на уровне выполнения спондилодеза отмечали в 100 % случаях.

**Выводы:**

1. Клиническая симптоматика CF ТКД характеризуется наличием грубых неврологических нарушений в виде цервикальной миелопатии у 35 % пациентов, тяжесть которой зависит от сроков существования деформации. При VC ТКД цервикальная миелопатия встречается чаще (41% пациентов) при меньшей величине деформации (до 12°) и практически всегда сопровождается выраженным болевым синдромом.

2. Коррекция сегментарного шейного сагиттального контура и выполнение переднего спондилодеза показано при свежих или мобильных застарелых ТКД на стадии повреждения CF 1-3 и при VC ТКД при наличии неврологической симптоматики.

3. Комбинированный передне-задний спондилодез показан при свежих ТКД CF 4-5. При застарелых ТКД с ригидной деформацией рациональна декомпрессия нервных структур с последующим восполнением ятрогенного дефекта по разработанным в ИППС технологиям.